

Le développement de la personnalité



Rachel FERRERE
Psychologue clinicienne
CHU de Fort de France
Doctorante Institut de psychologie
Laboratoire Psychopathologie et Processus de Santé
Université Paris Descartes Paris PRES Sorbonne

VISIT...

LANZAROTE
Caliente.COM

Programme

- La notion de personnalité
- La psychologie du développement
 - › L'attachement
 - › L'individuation/séparation
 - › Les compétences du nouveau-né
 - › La parentalité
 - › Les interactions du nourrisson avec son entourage

Programme

● La psychanalyse

- › Les stades psychosexuels du développement selon Freud
- › L'apport théorique de Lacan
- › L'apport théorique de Klein

● La psychopathologie

- › Le modèle structuraliste de Bergeret
- › Le normal et le pathologique
- › Les troubles de la personnalité

Préambule

- On peut considérer le développement de la personnalité comme un long processus psychique qui va traverser différentes étapes.
- Nous allons tenter à travers ce cours de comprendre quelles sont ces étapes et quels sont les facteurs qui favoriseront l'émergence d'une personnalité structurée et une identité bien établie.

Préambule

- ◎ Deux courants théoriques tentent de répondre à ces questions:
 - › La psychologie du développement.
 - › La psychanalyse
- › Nous verrons avec la psychopathologie comment définir une personnalité normale et une personnalité pathologique

La notion de personnalité

● Personnalité :

Féline A., Guelfi J.D., Hardy P. (2002).

*« Résultat, chez un sujet donné, de
l'intégration dynamique de
composantes cognitives, pulsionnelles
et émotionnelles... »*

La notion de personnalité

- « ...*L'agencement de ces différents facteurs constitue les traits de personnalité, à savoir les modalités relationnelles de la personne...*

La notion de personnalité

- « *sa façon de percevoir le monde et de se penser dans son environnement.*

La notion de personnalité

- *...L'unité fonctionnelle intégrative que constitue la personnalité présente deux autres caractéristiques :*

La notion de personnalité

- *Stable* : la personnalité contribue à la permanence de l'individu.
- *Unique* : elle rend le sujet reconnaissable, distinct de tous les autres ».

La psychologie du développement

- La communication émotionnelle et affective existe d'emblée chez le nouveau-né. Elle est déterminante pour le développement de l'ensemble des secteurs de la vie psychique de l'enfant. La découverte par les parents des compétences de leur enfant va faciliter la mise en place des interactions et de l'attachement précoce
- La relation du nourrisson avec son entourage est conçue comme un processus bidirectionnel. Le bébé est à la fois soumis aux influences de ses parents et entraîne chez eux des modifications

Théorie de l'attachement

Phénomène d'empreinte de Lorentz (1930)

- Poussin suit ce qui bouge dans les heures suivant l'éclosion et s'y attache
- Empreinte irréversible



Théorie de l'attachement

Agrippement chez les primates (Harlow)

- Réflexe d'agrippement lors de danger chez les primates
- Lacunes dans le développement social si le bébé a été isolé de sa mère de 6 à 12 mois
- Bébés isolés avec mères « artificielles » → préférence pour les mères ayant de la fourrure (agrippement)



Théorie de l'attachement

- Après la Seconde guerre mondiale, les psychologues vont s'intéresser de très près aux questions de la perte et de la séparation chez le jeune enfant et celle de leurs effets sur son développement.
- On s'intéresse aussi aux effets de l'institutionnalisation (hospitalisme).

Théorie de l'attachement

- L'attachement est un lien affectif et social développé par une personne envers une autre.
- Dans la théorie de l'attachement développée par J. BOWLBY, à partir de travaux d'observation, « la propension à établir des liens forts avec des personnes particulières existe dès la naissance et se maintient tout au long de la vie ». Le besoin d'attachement est un besoin primaire, inné chez l'homme.

Théorie de l'attachement

- ⦿ Cet attachement se développe à partir de comportements innés : pleurs, succion, agrippement qui permettent de maintenir la proximité physique et l'accessibilité à la figure d'attachement privilégiée qui est le plus souvent représentée par la mère.
- ⦿ Les fonctions de cet attachement sont la protection, le réconfort et la consolation quand l'individu perçoit des menaces extérieures ou internes.



Théorie de l'attachement

- Si les réponses de l'entourage sont adéquates au besoin d'attachement de l'enfant, celui-ci développera une base de sécurité et une image de lui-même positive.



Comportement
d'attachement

**Stimulus
alarmant**

Détresse



Intervention de la FA

Proximité et réconfort



Réassurance

Sentiment de sécurité

Théorie de l'attachement

- A partir de cette base de sécurité, de nouvelles compétences apparaissent : la capacité de se séparer pour explorer l'environnement, la capacité d'attendre une réponse et plus tard de répondre à son tour aux besoins d'attachement d'un plus petit ou d'un plus faible. **Ceci caractérise un attachement sécure.**

Théorie de l'attachement

- Quand les réponses de l'entourage aux besoins d'attachement ne sont pas adéquates la base de sécurité de l'enfant, l'image de lui-même, sa confiance en lui et en l'autre ne seront pas satisfaisantes.
- Il va développer **un attachement angoissé ambivalent, évitant ou désorganisé.**

Théorie de l'attachement

4 types d'attachement

- **Secure:** enfant en confiance par rapport à la disponibilité de la FA en cas d'alerte
- **Évitant:** enfant semblant autonome par rapport à la FA (peu de sollicitations)
- **Ambivalent:** enfant présentant un hyper attachement anxieux (réponse variable de la FA en cas d'alerte)
- **Confus:** manifestation violente lors de l'absence de la FA mais peu d'échange en sa présence

Théorie de l'attachement

Attachement sécure

- Intériorisation des FA
- Développement de l'autonomie
- Capacité d'aller vers de nouveaux objets d'attachement

Attachement insécure

- Risque de développer une pathologie du lien
- Angoisse de séparation, difficulté à l'autonomisation

La notion de base de sécurité

- Cette notion renvoie à la confiance , pour une personne, dans l'idée qu'une figure de soutien, protectrice, sera accessible et disponible en cas de besoin, et cela, quel que soit l'âge de l'individu.
- Si l'enfant a construit une base de sécurité, alors il peut fort de cette confiance dans la disponibilité de la figure d'attachement, explorer le monde qui l'entoure parce qu'il peut y revenir en cas de besoin.

La notion d'individuation/séparation

- Chez tout enfant se déroule **un processus d'individuation et de séparation (psychique)**, qui permet le développement du sentiment de conscience de soi. Ce concept introduit par M. MAHLER distingue nettement la naissance biologique de la "naissance psychologique". Si la coupure du cordon ombilical amène une distanciation physique du bébé par rapport à sa mère, le sentiment d'exister comme être individualisé apparaît progressivement.

La notion d'individuation/séparation

- ◎ Ce processus de séparation-individuation évolue au gré des différentes acquisitions de l'enfant :
 - › l'utilisation d'un objet transitionnel
 - › le déplacement autonome avec éloignement, grâce à la marche
 - › l'exploration de l'espace et des objets
 - › l'utilisation du langage
 - › le jeu symbolique
 - › la découverte de la différence des sexes...

La notion d'individuation/séparation

- L'évolution du processus d'individuation est bien sûr lié aux réponses de l'entourage, et à la qualité de l'attachement mis en place.
- Autant dire qu'il est indispensable « de bien s'attacher » pour devenir capable de « bien se détacher » ce qui est la voie normale de l'individuation.

- Film
- Mise en évidence de l'angoisse de séparation

Le nourrisson et ses compétences

- ◉ *Les états de vigilance :*
- ◉ Les compétences du nouveau-né s'exercent quand il est en état de vigilance. On décrit six états qui se succèdent rapidement (décrits par Wolff (1959 ; 1966).
- ◉ Ils sont un élément primordial dans l'examen du comportement car toutes les réactions du bébé à toute stimulation dépendent de son état de vigilance au moment du stimulus. « Ces états sont le contexte nécessaire à la compréhension des réactions du nouveau-né. Selon l'état où se trouve le nouveau-né, la stimulation est ou n'est pas appropriée. »
- ◉ Ce sont :
 - › 1- Le sommeil profond
 - › 2- Le sommeil rapide ou paradoxal
 - › 3- L'état intermédiaire
 - › 4- L'état de réveil alerte : c'est l'état d'éveil calme et attentif,.
 - › 5- L'état alerte mais furieux
 - › 6- Les pleurs

Le nourrisson et ses compétences

- Le bébé exerce lui-même un contrôle sur ses états de vigilance qu'il peut utiliser aussi à des fins défensives en réponse à des stimuli excessifs. Ainsi ce que l'on nomme l'habituation, souvent utilisée dans les expérimentations en psychologie afin de déterminer par exemple les possibilités de discrimination ou de catégorisation des nouveau-nés, est « une réaction protectrice, une fermeture du système nerveux devant une stimulation excessive de l'extérieur. »
- Les réactions des nourrissons et l'ampleur de leur réponse tendent à diminuer devant la répétition d'un même stimulus

Le nourrisson et ses compétences

La mère influence aussi la succession, la durée et la prééminence de tel ou tel état de vigilance. Ces états de vigilance sont des réalités neurophysiologiques, qui sont souvent interprétés par la mère qui leur attribue une valeur affective dans la relation.

- › Un bébé dormeur va être vécu comme paresseux, calme, angoissant, comme son père
- › Un bébé qui au contraire crie beaucoup, va être vécu comme ayant un mauvais caractère, exigeant, capricieux, comme sa grand-mère, ou au contraire rassurant car vivace...

Les compétences sensorielles et sociales du nouveau-né impliquées dans l'interaction

● **Visuelles :**

- les perceptions existent dès la naissance. Le nouveau-né a une préférence visuelle pour des modèles proches du visage humain par la forme et la taille. Le bébé suit le modèle du regard, sur 180 °. Ses compétences visuelles ne sont pas optimales, notamment quant à l'accommodation qui va se mettre en place dans les semaines suivantes.

● **Auditives :**

- le nouveau-né tourne la tête ou les yeux dans la direction d'un son. Dans les premiers jours, la voix humaine comparée à tout autre bruit a des effets spécifiques sur lui. On observe un arrêt de son activité, un ralentissement cardiaque, une augmentation des sourires, il tourne la tête en direction de la voix.

Les compétences sensorielles et sociales du nouveau-né impliquées dans l'interaction

● **Olfactives :**

- elles sont les plus proches de celles de l'adulte. Au quatrième jour, il peut discriminer l'odeur du cou ou du sein de sa mère, de l'odeur d'une autre femme.

● **Gustatives :**

- il est capable de discriminer quatre saveurs : salé, sucré, amer, acide, avec une préférence pour le sucré.

Les compétences sensorielles et sociales du nouveau-né impliquées dans l'interaction

● **Motrices :**

- la motricité est essentiellement réflexe : succion, grasping réflexe, réflexes archaïques. Cette motricité réflexe est peu coordonnée, en apparence, désordonnée et massive. Il faut savoir qu'elle joue un rôle dans l'interaction, qu'elle sert de support aux parents pour forger leurs représentations de l'enfant. Par exemple quand un bébé serre le doigt de sa mère lors du grasping réflexe, sa mère éprouve une émotion qui selon les cas, peut être rassurante (il tient à moi) ou inquiétante (il ne va pas me lâcher).

● **Sociales :**

- l'enfant a très tôt des capacités à imiter autrui (tirer la langue à l'adulte qui lui tire la langue) et à coordonner son activité à la voix de son interlocuteur.

Les compétences sensorielles et sociales du nouveau-né impliquées dans l'interaction

- Comme le souligne J. Cosnier, « insister sur le fait que le nouveau-né est compétent, ne veut pas dire que le milieu est sans importance pour lui, mais au contraire cela souligne qu'il lui est sensible dès sa naissance et qu'il est donc prêt très précocement à établir avec lui des relations transactionnelles. »

- Film

- « Les compétences du nouveau-né »

La parentalité

- La grossesse et la naissance entraînent des remaniements psychiques. Classiquement, cette période est une période de grande malléabilité psychique source à la fois de vulnérabilité et de grandes capacités d'adaptation. On désigne par accès à la parentalité l'ensemble des remaniements psychiques à l'œuvre chez chaque parent pour investir le bébé et s'y attacher. Ce "travail psychique" peut quelquefois entraîner des états d'angoisse et de dépression plus fréquents chez la mère.

La parentalité

- Les facteurs influençant le processus de parentalité sont :
 - › l'état somatique et l'équipement neurobiologique du bébé, son aspect, son comportement
 - › l'état de santé de la mère en particulier pendant la grossesse et autour de la naissance
 - › la disponibilité et la sécurité affective de la mère, elles-mêmes liées aux conditions de vie matérielle, à la richesse de son réseau relationnel(où le père occupe une place privilégiée), à une éventuelle psychopathologie maternelle
 - › les événements récents ou anciens, ayant un rôle traumatique : décès, séparation, violence, etc.

La parentalité

- Dans les conditions de vie actuelle, on observe une implication fréquente du père dans les soins quotidiens au bébé. Père, mère, bébé forment une triade. Cette triade constitue l'unité sociale de base au sein de laquelle le bébé va se développer.
- La façon d'être des parents avec leur bébé est tributaire de ce qu'ils ont vécu dans leur propre trajectoire depuis l'enfance. On pourra voir en effet, dans certaines circonstances, des bébés chargés très tôt d'un rôle parental -on parle de "parentification du bébé"-, ou encore de bébés chargés d'un "mandat transgénérationnel" (S. LEBOVICI, 1983) qui peut être lourd à assumer.

La parentalité

- Il est très important de prendre en considération le rôle et les réactions de la fratrie et des grands-parents à la naissance d'un bébé. Les grands-parents peuvent, selon les cas, participer plus ou moins à la prise en charge directe de l'enfant. La place qu'ils occupent "dans la tête des parents« joue un rôle dans leur sentiment de sécurité et de compétence.
- Par ailleurs, les bébés de nos jours sont rapidement confrontés à une vie collective avec d'autres enfants

LES INTERACTIONS DU NOURRISSON AVEC SON ENTOURAGE

- Parce que la mère est un partenaire privilégié, on décrit classiquement les interactions entre un nourrisson et sa mère.
- Il ne faut pas perdre de vue qu'un nourrisson est en interaction avec d'autres partenaires qui vont aussi influencer son développement affectif.
- Lebovici distingue trois niveaux d'interaction :
comportementales, affectives, imaginaires.

Les interactions comportementales

- Elles sont caractérisées par la manière dont le comportement de l'enfant et celui de sa mère s'agencent l'un par rapport à l'autre. La situation de repas est une excellente occasion d'observer les différentes interactions entre une mère et son bébé. Elles fourniront des informations sur la qualité des échanges affectifs entre le bébé et sa mère.
- Ces interactions vont s'exprimer par divers canaux :

Les interactions comportementales

- ◎ Les interactions visuelles
- ◎ pendant la tétée, la mère et le bébé tendent à se regarder. On parle de regard mutuel. Le regard du bébé a des effets importants sur la mère. Le regard est généralement perçu comme gratifiant, valorisant et fait monter chez la mère les premiers sentiments d'amour.

Les interactions comportementales

● **Les interactions vocales**

- les cris et les pleurs du bébé constituent un véritable "cordon ombilical acoustique".
- Ils déclenchent des affects intenses avec un sentiment d'urgence qui pousse la mère à agir et à mettre un terme à l'état de détresse supposé. Le bébé par ses cris et ses pleurs déclenche l'interaction et suscite la proximité de la mère. Le vécu parental des cris du bébé est influencé par la fréquence et la durée, qui varient d'un nourrisson à un autre.
- Les mères peuvent avoir, selon les cas, un sentiment de doute sur leur compétence, un sentiment d'agressivité, un sentiment de désespoir.

Les interactions comportementales

- **Les interactions vocales**
- Le langage de la mère à son bébé : les mères parlent à leur bébé dès les premiers instants en utilisant « le parler bébé » adapté à l'âge du nourrisson. On a observé que le nouveau-né paraissait entraîné dans sa motricité par le langage maternel, et paraissait en synchronie avec la parole de la mère.
- Les bébés sont influencés par les caractères physiques du langage, à savoir la prosodie : le rythme, le timbre, les intonations et non par le contenu du discours qui est inaccessible à la compréhension du bébé.

Les interactions comportementales

- Les travaux de D. STERN sur la prosodie maternelle ont démontré une évolution de celle-ci au fil des mois. Le « parler bébé » (simplification syntaxique, répétition des mots, lenteur, augmentation de la hauteur du timbre) est adapté à l'âge :
 - chez le nouveau-né : les pauses silencieuses sont plus longues que l'émission langagière, le rythme est régulier, adapté au rythme du bébé.
 - vers 4 mois : les mots sont souvent répétés, les mimiques renforcées, les bébés sont intéressés par la mimique, la mère exerce des variations prosodiques et rythmiques importantes pour maintenir l'intérêt de l'enfant
 - de 12 à 24 mois : le contenu du langage de la mère change, désormais, elle désigne les objets de l'environnement à l'enfant et communique à leur propos. La parole maternelle facilite et soutient l'exploration de l'environnement

Les interactions comportementales

- *Les interactions corporelles et cutanées :*

on désigne ainsi l'ensemble des échanges, médiatisés par la façon dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par la mère, et dont il y répond. On parlera d'ajustement corporel qui est une composante du holding et de dialogue tonique.

On peut observer ainsi une détente corporelle ou un raidissement qui peut affecter un ou l'autre, ou les deux partenaires. On a également rapidement une perception du confort ou de l'inconfort du bébé dans les bras de sa mère. Le bébé y participe activement, soit il se "love", se blottit, s'ajuste au corps de sa mère, ou au contraire il peut se raidir, s'arc-bouter.

Les interactions comportementales

- Les contacts peau à peau sont également très importants.
- Il s'agit de caresses, de chatouillements, de baisers. Les réponses de l'enfant sont perçues comme une invite ou un refus à poursuivre.
- Une étude sur le développement des comportements de tendresse a pu mettre en évidence que l'enfant, vers 7/8 mois, répond aux bras tendus de l'adulte en tendant lui-même les bras, et à la fin de la première année, il initie un tel échange qu'il complète par une étreinte.

Les interactions comportementales

- *Le sourire : il est bien évidemment un comportement extrêmement efficace et gratifiant du bébé à l'égard de sa mère ou d'un autre interlocuteur. On peut imaginer comment une mère peut être gratifiée par un bébé souriant, qui la regarde, qui se blottit bien dans ses bras, et comment une autre pourra être fortement inquiétée par un bébé qui évite de la regarder, qui se "love" mal dans ses bras, qui pousse beaucoup de cris et sourit rarement...*

Les interactions affectives

- Elles sont définies comme « l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère ».
- C'est en somme la tonalité affective générale de l'interaction.
- Avec D. Stern, on parle d'harmonisation affective et « d'accordage affectif », permettant aux deux partenaires de partager leurs expériences émotionnelles. Celui-ci atteint son développement vers neuf mois, pour désigner une expérience subjective où « le partenaire reproduit la qualité des états affectifs de l'autre sur un autre canal sensorimoteur ».

Les interactions affectives

- L'accordage se produit donc par la mise en relation d'une conduite de l'adulte différente de celle de l'enfant : elle reprend un paramètre de l'expression émotionnelle de l'enfant mais elle ne reprend pas matériellement le comportement expressif de l'enfant, au contraire, elle le traduit dans une autre modalité de comportement.
- Cette conduite de traduction montre que d'un côté, l'adulte cherche à reprendre le comportement émotionnel de l'enfant, et du côté de l'enfant, elle lui permet de délier l'état émotionnel de son expression et de mettre au travail les formes d'expression de ses propres émotions.

Les interactions affectives

- Avec R.N. Emde ou encore les travaux de Campos et Feinman, on parle de référence sociale. A la fin de la première année (mais les expressions émotionnelles de l'adulte sont utilisées par l'enfant dès 9/10 mois), l'enfant devient capable d'utiliser l'expression émotionnelle d'autrui pour modifier son interprétation et, éventuellement, son action dans des situations ambiguës. Ainsi dès la fin de la première année, le bébé considère autrui comme éprouvant des états émotionnels et est capable d'utiliser l'expression d'autrui comme ressource pour sa propre activité interprétative et évaluative.

Les interactions fantasmatiques

- Elles sont définies comme « l'influence réciproque de la vie psychique de la mère et de son bébé ».
- Cette notion a été introduite par Kreisler et Cramer, ainsi que Lebovici, afin d'insister sur le fait que la vie mentale des deux partenaires était à prendre en compte si l'on voulait aborder de façon satisfaisante les autres dimensions des interactions. Les interactions fantasmatiques, en somme, donnent sens aux interactions comportementales et sont, à ce titre, indispensables en clinique.

La rythmicité et la synchronie

- ◎ Dans ces premiers mois d'existence, le bébé est un organisme immature donc soumis à des exigences physiologiques qui sont difficiles à réguler seul.
- ◎ L'adulte doit être là pour l'y aider, et pour ce faire, il doit adapter son propre comportement à l'égard du rythme de l'enfant afin de « trouver les techniques qui aident le bébé à réduire ou à contrôler les réponses motrices qui pourraient interférer avec la capacité de faire attention »
(Brazelton B. & Cramer B., *Les premiers liens*)

La rythmicité et la synchronie

- La synchronie interactionnelle a été particulièrement décrite par Condon et Sander. La notion fut empruntée aux études appliquées aux interactions conversationnelles entre adultes, et appliquée aux observations de la dyade mère-bébé qui révélèrent « une synchronisation très fine entre l'organisation des mouvements de l'enfant et l'émission parolière de l'adulte, et ceci dès les premiers jours de la vie. » (Cosnier J)

La rythmicité et la synchronie

- ◉ *Dès la naissance, les bébés peuvent distinguer des expressions faciales (joie, tristesse, surprise) et des mouvements faciaux. Ils sont capables, par imitation, de les reproduire avec des formes proches de celles des adultes.*
- ◉ *La synchronie se diversifie et s'intensifie au bout de quelques semaines, avec les échanges de regards et de voix, des imitations dans les expressions, des réactions du bébé au mouvement de l'autre et au toucher. La communication avec la mère, le père, puis les proches, voire même des étrangers, va mettre ainsi en jeu tous les sens.*
- ◉ *Dans la synchronie, les émotions jouent un rôle essentiel. De fait, **le bébé peut détecter le moment où la mère n'est pas synchronisée avec son comportement** et peut devenir très perturbé émotionnellement s'il perçoit une absence de synchronisation interactionnelle, et ceci dès la 8ème semaine de vie".*



La rythmicité et la synchronie

- La synchronie conditionne le développement du bébé à tous les niveaux: psychomoteur, cognitif, social.
- *L'absence de synchronie interactive comporte ainsi des effets à long terme : le bébé ne peut pas faire l'expérience de son pouvoir sur l'autre, il s'isole et a moins de possibilités de comprendre, de partager et de prévoir les réactions de l'autre*

La réciprocité

- C'est une notion importante qui a permis de déplacer le regard des observateurs qui se centrait sur, soit la mère, soit le bébé. La focale a été mise sur le lien qui se met progressivement en place entre le comportement du nourrisson qui va donc être considéré comme communicatif et la réponse associée de la mère, puis *vice versa*.
- Les points majeurs de cette notion concernent les questions suivantes :
 - › Chaque partenaire perçoit-il les messages de l'autre ?
 - › En tient-il compte ?
 - › Comment les prend-il en compte et comment affectent-ils son propre comportement et ses propres attitudes ? »

La réciprocité

- C'est, au départ, le paradigme de Tronick et Cohn, (la « still face » ou le visage impassible) qui a fourni des observations importantes sur le fait que le bébé est d'une part à l'origine de sollicitations envers sa mère, par le regard, le sourire ou l'ébauche d'un geste, et d'autre part, qu'il est capable de détecter des variations dans la qualité affective du comportement maternel.
- En effet, si sa mère ne répond pas à ses tentatives d'engager une interaction, (ce que fait la mère dans l'expérience de Tronick), il se retire et se renferme. Sur une période de temps plus longue, si ces tentatives de rentrer en contact avec la mère n'aboutissent jamais, elles cesseront définitivement.

La réciprocité

- ◎ T. Field prolonge ce paradigme en l'appliquant à des mères déprimées:
 - › les enfants de mères non-déprimées sont plus perturbés devant le changement affectif de leur mère et réajustent leur comportement face à celui-ci
 - › les enfants de mères déprimées ne perçoivent quasiment plus le changement affectif qui peut se produire : ils ne sont devenus que très peu sensibles aux changements chez leur mère.
- › « La réciprocité soutient donc fortement l'interaction »

La contingence

- ⦿ Ce mot a été directement adapté de l'anglais « contingency » « et traduit l'adaptabilité réciproque dans les successions interactives. »
- ⦿ Ce concept englobe en quelque sorte le précédent et permet de qualifier le comportement des différents protagonistes : « C'est un concept synthétique, portant à la fois sur la perception des signaux, leur déchiffrage et l'adéquation des réponses. »

- ◎ Film
- ◎ « Expérience du visage vide »
- ◎ « Maman pleure, bébé pleure »

Modèles internes opérants

- Bien que le nourrisson soit dans l'impossibilité de construire de structures symboliques à partir des interactions auxquelles ils participe, Bowlby (1969) explique qu'il est capable d'intérioriser des séquences d'évènements et d'adapter son comportement à la lumière des expériences passées.
- Mais parce qu'il est capable de se représenter des choses qu'il ne perçoit que dans l'immédiat, il ne répond qu'à des paramètres qui sont présents dans la réalité environnante
- Ses réactions sont donc extrêmement dépendantes des séquences interactives du moment et de fait, très labiles.

Modèles internes opérants

- Lorsqu'il forme ensuite des représentations des objets qui l'entourent, il devient capable d'intérioriser les interactions auxquelles il participe, indépendamment de ce qui arrive dans le présent.
- A partir des échanges avec l'entourage familial, il développe des modèles de relations qui, une fois mis en place, l'aide à comprendre et à interpréter le comportement de ses proches.. Ces modèles lui permettent d'anticiper les réactions d'autrui. De ce fait ils influencent son comportement dans ses rapports avec ses figures d'attachement.
- Bowlby les nomment « modèles internes opérants » (MIO)

Modèles internes opérants

- Ces MIO s'accompagnent aussi de d'aménagements psychologiques particuliers et plus précisément d'une certaine organisation de pensée.
- Cette dernière, pour se maintenir, détermine à la fois ce qui peut être représenté et la manière dont cela peut être représenté.
- De telles restrictions empêchent d'intégrer certaines informations. Ainsi, la personne ne peut correctement ajuster son MIO à ce qu'elle vit dans le présent= concept d'exclusion défensive (mécanisme qui consiste à ne pas traiter les informations gênantes)
 - › Ex: l'enfant qui subit des violences sexuelles: lorsqu'il parle de certains éléments rendant compte cela, le père peut se montrer menaçant. L'enfant pour ne pas perdre la relation avec le père, l'enfant intériorise l'interdiction d'en parler et exclut les représentations inhérent aux violences.

Rôle des MIO dans la stabilité des modalités d'attachement

- En raison des MIO, les modalités d'attachement se consolident au fil du temps
 - Les enfants sécurisés dans la petite enfance sont généralement plus à même de former et de maintenir des relations harmonieuses avec leurs parents mais aussi avec leurs pairs.
- Les MIO mis en place au début de la vie ont une influence assez limitée sur le développement de l'enfant. Cependant ils vont participer à des compétences qui, elles vont contribuer au maintien des mêmes modalités relationnelles au fil du temps. Les MIO servent de filtre au travers desquels on interprète les nouvelles expériences.
 - La qualité de l'attachement précoce conditionne les intentions que l'on attribue à autrui, ainsi que l'image que l'on a de soi-même: les enfants sécurisés ont moins tendance à attribuer des intentions malveillantes à leurs pairs, ce qui le prédispose à de meilleures compétences sociales.
- Mais les soins que l'enfant va recevoir au-delà de la première année vont jouer un rôle tout aussi important que l'attachement précoce.

Le caregiving

- Bowlby évoque l'existence d'un système motivationnel, le caregiving (fonction de prendre soin) qui organise les soins parentaux répondant aux besoins d'attachement de l'enfant.
- Un système motivationnel est ce qui se définit comme un système de contrôle programmé biologiquement qui gouverne les règles et les comportements associés avec un but proximal spécifique; il est activé et désactivé par des signaux internes et environnementaux spécifiques.
- Le caregiving normalement va du parent vers l'enfant et ne constitue qu'un aspect du lien unissant le parent à son enfant. Le parent est alors appelé caregiver (celui qui prend soin).

Le caregiving

- George et Salomon (1996, 1998, 2008) ont étudié le système motivationnel du caregiving: c'est un ensemble organisé de comportements guidé par une représentation de la relation actuelle parent-enfant.
- Le système de caregiving parental est le système réciproque (ou complémentaire) du système d'attachement de l'enfant.
- La fonction adaptative du système de caregiving est la même que celle du système d'attachement, c'est-à-dire la protection du jeune et, in fine, la reproduction de l'espèce.



**Stimulus
alarmant**

Détresse

Comportement
d'attachement



Caregiving



Sentiment de sécurité
pour la mère
Et l'enfant

Le caregiving

- Ces deux systèmes intégrés fonctionnent comme un système dyadique de couplage et d'autorégulation qui garde l'enfant dans un état organisé et de protection des dangers grâce auquel il peut explorer et se développer (Britner et coll, 2005)
- Comme tout système motivationnel, le caregiving est un système d'alerte aux autres et se définit par différentes caractéristiques

Le caregiving

- L'objectif du système est que le parent puisse maintenir ou rétablir une proximité physique et psychologique avec le bébé lorsque celui est en situation de détresse afin de répondre à ses besoins.
- Il est activé par des signaux spécifiques: tout signal de détresse, de vulnérabilité ou d'immaturité d'un être animé.
- Les stimuli peuvent être également des situations que le parent juge dangereuses.
- Les séparations ou toute impossibilité à établir la proximité avec lui activent le caregiving.

Le caregiving

- ◎ Les comportements de caregiving:
 - › Rejoindre
 - › Appeler
 - › Étreindre
 - › Retenir
 - › Consoler
 - › Bercer
 - › Etc

Le caregiving

- Le système de caregiving se désactive lorsque les conditions ont rétabli une proximité physique ou psychologique avec l'enfant et que la parent perçoit des signaux montrant qu'il est apaisé.

Le caregiving

- ◎ Le caregiving est associé à des émotions spécifiques:
 - › sentiments de plaisir et de satisfaction et de soulagement quand il peut protéger son enfant.
 - › Sentiment de colère, de tristesse et d'anxiété quand il est dans l'impossibilité de le faire.

Qualités nécessaire pour un caregiving sécurisant

- › Le caregiving demande aux parents de mettre à disposition de l'enfant toutes les capacités pour l'aider à surmonter sa détresse et sa peur et à résoudre les défis auxquels il est exposé (Marvin et Britner, 1999)
- › L'engagement et le sentiment de responsabilité dans la protection de son enfant font partie du caregiving (Dozier et Lindheim, 2006): c'est la motivation du parent à avoir une relation durable avec l'enfant; en terme évolutionniste, il aura tendance à faire passer la protection et le bien être de son enfant en priorité, même au risque de se mettre lui-même en péril.

Qualités nécessaire pour un caregiving sécurisant

- › La sensibilité aux signaux de l'enfant et en particulier aux émotions négatives (Ainsworth, 1978).
- › Capacité à interpréter les états mentaux de l'enfant (Meins et coll 2002)
- › Capacité à apporter une réponse concrète aux besoins de l'enfant (Lyons et Spielman, 2004)
- › Capacité à garder une attention suffisante à l'enfant réel, même quand il a d'autres tâches à réaliser (Schuengel et coll 1999) ou quand il est stressé (Lyons et Spielman, 2004).
- › Capacité à corriger ses réponses quand il les sent inadaptées (Schuengel et coll 1999)

Facteurs influençant le caregiving

- › Le système représentationnel de l'attachement du parent joue sur son système représentationnel de caregiving.
 - Caregiving a d'abord été compris comme la transmission de l'attachement maternel à la génération suivante dans un modèle d'assimilation du caregiving = modèle dominant pour les mères sécures.

Facteurs influençant le caregiving

- Chez les mères insécures en raison d'un trauma infantile, le fait de devoir s'occuper de leur propre enfant dérégule leur caregiving et réactive les craintes et les souvenirs traumatiques.
- ◎ Mais les discontinuités de la transmission (secure insecure) laisse penser que le caregiving n'est pas uniquement lié au type d'attachement de la mère:
 - Les représentations maternelles de caregiving pourraient constituer le mécanisme à travers lequel les expériences passées d'attachement prédisent le type d'attachement développé par l'enfant (2004)

Facteurs influençant le caregiving

- Les facteurs hormonaux de la période périnatale:
 - › Le bonding (favorisé par l'ocytocine) correspond aux émotions chaleureuses vécues par la mère juste après la naissance et au sentiment qu'elle éprouve d'avoir un lien très spécial avec son nouveau-né.
 - › L'ocytocine est sécrétée au moment de:
 - l'accouchement
 - la lactation
 - Contact peau à peau
 - Mouvements de main de bébé
 - Réflexe de succion
 - L'ocytocine interagit avec les systèmes récompense/plaisir (dopamine et opiacés endogènes), ce qui renforce positivement le développement et l'expression du répertoire caregiving.

Facteurs influençant le caregiving

- L'allaitement maternel offre
 - des conditions spécifiques de proximité et de familiarité qui semblent propices au caregiving
 - + modifications hormonales qui crée climat émotionnel favorable au caregiving car favorise meilleur lecture des émotions en renforçant les comportements maternels de protection et d'attention.(Lamas et Guedeney, 2006)

Facteurs influençant le caregiving

- Les représentations culturelles et les normes socio-culturelles autour de la manière de bien s'occuper d'un enfant.
- Les facteurs liés au bébé et à la naissance comment juste à être étudiés:
 - › L'expérience maternelle de la naissance et l'interprétation que la mère en fait influence son caregiving
 - › Les traits physiques de la « bébéité ».
 - › La consolabilité du bébé, son ajustement postural ou sa capacité de regard constituent des stimuli puissants

Facteurs influençant le caregiving

- Il existerait une interaction entre facteurs actuels liés au bébé et le système de représentations maternelles de l'attachement et du caregiving. L'enfant rend la mère capable de modifier ses représentations concernant l'attachement. (Van Ijzendoorn et Dewolff, 1997).
- Les facteurs sociaux et contextuels:
 - › L'état psychologique de la mère (dépression pré et post natale, psychose)
 - › Les stress environnementaux et surtout interpersonnels
 - › La relation avec le partenaire

Caregiving chez les mère et les pères

- Harlow (1963): il existe un caregiving maternel et un caregiving paternel différenciés.

- La mère reste la figure d'attachement principale.
 - › Joue un rôle plus important sur le développement émotionnel de l'enfant
 - › Favorise la compréhension et la résolutions de conflits internes



- Le père joue un rôle déterminant dans:
 - › la capacité de l'enfant à explorer le monde
 - › dans le développement du sentiment de sécurité
 - › de l'apprentissage de la résolution de problèmes
 - › de l'aptitude à la compétition
 - › à faire face aux conflits de manière socialisé.
 - › A plus d'influence sur le contrôle des émotions



- Film

- Le mal de mère

Association entre attachement et développement des compétences sociales, cognitives et gestion émotionnelle

◎ Association entre qualité de l'attachement, développement cognitif et adaptation scolaire

- › Pas de lien entre qualités d'attachement et niveaux de QI.
- › Mais attachement désorganisé fait chuter le niveau de développement cognitif.
- › Lien étroit entre attachement secure et adaptation à l'école en terme d'attitude positive face au travail et de comportement adapté et souple dans la classe, ainsi que de compétences d'apprentissage, de participation, de motivation et d'intérêt (Sroufe 1999)

Association entre attachement et développement des compétences sociales, cognitives et gestion émotionnelle

- Association entre qualité de l'attachement, estime de soi et évaluation de l'information sociale
 - Enfants sécures = plus haut niveau d'estime d'eux-mêmes + perception d'eux-mêmes comme ayant de bonnes capacités sociales et comme étant peu préoccupés par leurs compétences dans ce domaine.
 - Sécurité de l'attachement permet aux enfants d'avoir un vécu positif d'eux-mêmes et d'avoir des attentes positives vis-à-vis des autres, tout en faisant face aux vécus et expériences négatifs sur eux-mêmes et dans la relation sans être déstabilisés.

Association entre attachement et développement des compétences sociales, cognitives et gestion émotionnelle

- Association entre attachement et régulation des émotions.
 - › Un enfant sécure est capable d'utiliser son parent comme havre de sécurité quand il est en situation de détresse: cela lui permet de retrouver un état d'équilibre et de ne pas être désorganisés par ses émotions négatives. En grandissant il devient capable de trouver des stratégies à la fois internes(grâce à ses capacités de réflexions) et externes avec les adultes disponibles pour faire face à ses émotions négatives en dehors de la présence de sa figure d'attachement.
 - › Les enfants sécures utilisent de meilleures stratégies pour gérer le stress et peuvent s'appuyer sur les autres si nécessaires.
 - › Enfants sécures ont un fonctionnement du Moi plus souple
 - › Pas de lien entre sécurité de l'attachement et tempérament plus ou moins émotif.

Association entre attachement et développement des compétences sociales, cognitives et gestion émotionnelle

- Association entre qualité de l'attachement et capacité d'exploration
- Les enfants sécures sont bcp plus compétents dans le domaine de l'exploration externe et interne.

L'attachement désorganisé et ses conséquences sur le développement de la personnalité

- L'attachement désorganisé
- Les enfants présentant un attachement désorganisé, montrent une variété de comportements bizarres, inhabituels, contradictoires ou conflictuels au moment où il retrouve leur figure d'attachement après une séparation (Main et Salomon 1990)
 - › Patterns comportementaux contradictoires: cpt d'attachement intense suivi d'un figement ou ralentissement du mouvement
 - › Evitement marqué du parent accompagné de détresse ou de colère
 - › Des mouvements ou expressions non dirigés, mal dirigés, incomplets ou interrompus
 - › Des cpt qui traduisent un stress intense comme des stéréotypies, des mouvements asymétriques non synchronisés et des postures anormales
 - › Des indices de désorganisation ou de désorientation
- ❖ Un enfant peut présenter un attachement désorganisé avec un caregiver et pas avec un autre.

L'attachement désorganisé et ses conséquences sur le développement de la personnalité

- Prévalence attachement désorganisé (Van Ijzendoorn, 1999):
 - › 15% d'enfants désorganisés dans les groupes non cliniques dits à bas risques
 - › 24% dans les groupes de faible niveau socio-économique
 - › La grande majorité des enfants maltraités ont un attachement désorganisé (82% à 90%)
 - › Attachements désorganisés plus présent chez mères adolescentes, en cas de conflits conjugaux, chez les enfants de parents maltraitants, alcooliques ou addictifs, de mères déprimées si dépression sévère et durable, de mères anxieuses ou border line.

L'attachement désorganisé et ses conséquences sur le développement de la personnalité

● Evolution de l'attachement désorganisé

- › Bowlby (1988) note que des enfants ayant eu des expériences traumatiques de l'attachement dès dans la petite enfance évoluent vers un registre de comportements qu'il appelle « contrôlant avec inversion du rôle parental »: l'enfant se conduit avec le caregiver comme s'il était un parent.
 - Ils tentent de cette manière d'organiser le comportement du caregiver pour le rendre plus prévisible en cherchant à prendre le contrôle sur lui. Ces stratégies dite « contrôlantes » maintiennent l'implication et l'attention du parent en organisant ou dirigeant son comportement.
 - L'enfant maintient la proximité avec le caregiver mais en suivant les modalités de fonctionnement de ce dernier et au détriment de ses besoins propres de réconfort et de consolation.

L'attachement désorganisé et ses conséquences sur le développement de la personnalité

- Risques évolutifs de l'attachement désorganisé
 - Mauvaise gestion du stress avec sécrétion de cortisol + élevé et +durable que chez enfants sécures (Gunnar 2003)
 - Plus de risque de présenter des troubles du comportement (Lyons-Ruth, 1996)et de dissociation à l'adolescence.(Carlson 1998)

L'attachement désorganisé et ses conséquences sur le développement de la personnalité

- ◎ Les modèles internes opérants dans l'attachement désorganisé
 - › Bowlby(1973) évoque l'impact des situations extrêmes d'interactions effrayantes comme l'abandon, la maltraitance, la disqualification de l'enfant sur la construction des MIO de ce dernier.
 - › Construction de représentations internes multiples de soi et de la figure d'attachement= vécu d'aliénation et de perte du sentiment habituel de soi.

● Le point de vue de la psychanalyse

Stades psychosexuels: stade oral

- **Stade oral :**
- La relation symbiotique de l'enfant au sein maternel organise le premier stade de la vie affective autour de la fonction alimentaire.
- À ce stade, la *zone érogène* est utilisée pour la recherche du plaisir : elle est constituée par les lèvres, la langue et la cavité buccale. La satisfaction libidinale est *étayée sur le besoin physiologique* d'être nourri.
- À ce stade, le plaisir est *autoérotique*. *L'enfant n'est pas différencié* du monde extérieur: il y a «indifférenciation Moi/non-Moi» et état «anobjectal».
- «L'enfant se satisfait de son propre corps; son attitude est autoérotique, pour employer un terme de Havelock Ellis.» (Freud, *Lettre à Fliess*, 1897)



Stades psychosexuels: stade oral

- Le désir caractéristique du stade oral est *l'incorporation orale des objets, qui sont des objets partiels*.
- Le nourrisson entretient avec ces «*morceaux d'objets*» une relation autoérotique dans le cadre du narcissisme primaire et une relation anaclitique⁶(du grec, se coucher sur, s'appuyer) étant donné la dépendance totale du nourrisson à sa mère ou à son substitut nourricier.
- La fin du stade oral correspond au sevrage qui peut être une expérience traumatique susceptible de laisser des traces indélébiles.



Stades psychosexuels: stade oral

- Le stade oral a été subdivisé en deux phases par Karl Abraham (1924), psychanalyste berlinois :
- – la *phase préambivalente (0-6 mois)* exclusivement liée à la succion où l'incorporation ne vise pas à détruire l'objet. L'enfant ne différencie pas son corps et le monde extérieur ;
- la *phase sadique-orale (6-12 mois)* débutant avec l'apparition des premières dents où la succion est peu à peu complétée par la morsure. L'enfant peut s'attaquer activement au monde extérieur. Cette phase correspond à l'instauration de sentiments contradictoires, *ambivalents vis-à-vis de l'objet* qui est à la fois objet de satisfaction libidinale et objet d'hostilité.



Stades psychosexuels: stade oral

- ◉ « À l'étape de l'activité buccale de morsure, l'objet est incorporé et subit la
- ◉ destruction (...) C'est le stade des impulsions cannibaliques. (..) À partir de là, l'ambivalence
- ◉ règne sur la relation du Moi à l'objet.» (Abraham, 1924)
- ◉ L'unité du stade oral est conférée par la primauté de la *zone érogène orale* et la
- ◉ subdivision en deux phases témoigne d'une évolution de la relation objectale.

Stades psychosexuels: stade anal

- **Stade anal de 1 à 3-4 ans**
- commence lorsque s'installe le contrôle sphinctérien, lorsque la défécation devient un acte que l'enfant peut commander.
- Ce contrôle sphinctérien apparaît avec la marche comme deux acquisitions ouvrant la voie vers l'indépendance.
- La muqueuse ano-rectale représente à ce stade la *zone érogène*, siège de toutes les sensations de l'*érotisme anal*.



Stades psychosexuels: stade anal

- Le contenu intestinal joue un rôle d'excitant, devient un objet d'échange et d'expression symbolique. L'objet fécal, vécu par l'enfant comme une «partie de son propre corps» est «un cadeau» qu'il peut, soit donner et prouver ainsi son obéissance et son amour, soit refuser et prouver ainsi son hostilité.
- Ce stade est appelé *sadique-anal* pour marquer cette dimension relationnelle caractéristique. Le désir d'exercer son pouvoir sur l'entourage et non plus uniquement sur son corps propre s'ajoute au plaisir de contrôler. L'objet fécal, pouvant être soit expulsé à l'extérieur de son propre corps soit retenu à l'intérieur permet à l'enfant d'apprendre à distinguer un *objet interne* et un *objet externe*.



Stades psychosexuels: stade anal

- La *relation d'objet au stade anal* est caractérisée par le sadisme, le masochisme, l'ambivalence, le couple actif-passif, le narcissisme, la bisexualité:
- – le *sadisme* : l'agression contre l'objet est chargée de plaisir ;
- – le *masochisme*: l'accès au plaisir est vécu passivement et dans la douleur ;
- – l'*ambivalence* : l'objet quand il est éliminé est détruit alors que l'objet retenu est gardé comme un bien précieux et aimé ;
- – le *couple actif-passif*: l'enfant expérimente dans sa relation à autrui les tendances opposées: dominer-être dominé/gentil-méchant, etc. ;
- – le *narcissisme*: vocable issu du mythe de Narcisse qui désigne l'amour que le sujet se porte à lui-même. Le narcissisme est renforcé à ce stade car l'enfant éprouve un sentiment de puissance en s'opposant à son entourage et en conquérant une certaine indépendance ;

Stades psychosexuels: stade anal

- – la *bisexualité* : Freud a mis en évidence la *bisexualité humaine* enracinée dans la phase anale du développement où le rectum est vécu à la fois comme un organe creux excité *passivement* et un *organe expulsant activement* les matières fécales.
- Karl Abraham (1877-1925) a différencié le sous-stade de *réjection* et le sous stade de *rétenction*.
 - – La phase *expulsive* est caractérisée par un plaisir *autoérotique narcissique* et par le sadisme: l'objet fécal expulsé est détruit et utilisé par l'enfant pour s'opposer à l'apprentissage de la propreté par ses parents.
 - – La phase *rétenctive* est caractérisée par la *découverte du plaisir autoérotique masochique*. Les selles procurent à l'enfant du plaisir qui est obtenu passivement et, par un acte conservatoire, l'enfant défie ses parents.

Stades psychosexuels: stade phallique

- **Le stade phallique *après 3 ans***
- Les conflits affectifs centrés sur l'analité sont remplacés par l'intérêt de l'enfant pour la *zone génitale: zone érogène du stade phallique. Une certaine unification des pulsions partielles* sous le primat des organes génitaux s'instaure. Les préoccupations de l'enfant pendant ce stade se concentrent sur la curiosité sexuelle, la fécondation, le coït et la naissance.
- La curiosité sexuelle infantile se focalise sur la «découverte» de la différence anatomique entre les sexes et la scène primitive.



Stades psychosexuels: stade phallique

- Pour les deux sexes, l'organe mâle est l'organe génital au cœur des préoccupations: c'est pourquoi, l'on parle de *primat du «phallus»*.
- Les analystes différencient pénis et phallus :le pénis désigne l'organe sexuel ou sa représentation figurée dans les fantasmes tandis que le phallus a une référence symbolique ;
- Lacan désigne par phallus un signifiant qui renvoie à tout ce qui concerne l'instauration de la loi : le phallus introduit dans la relation de l'enfant à la mère un terme de médiation où s'ordonne la dialectique du sujet et de son désir.

Stades psychosexuels: stade phallique

- Dans un premier temps, l'enfant cherche à *nier la réalité de la différence des sexes*. L'enfant se rassure grâce à un *souhait de réparation magique* qui permettra aux petites filles d'acquérir plus tard un pénis. L'enfant constatant l'absence de pénis chez la fille attribue ce manque à une mutilation subie: le fantasme de *castration* (le pénis détruit, coupé, perdu).
- L'enfant vit ce fantasme en projetant ses propres pulsions sadiques sur ses parents qu'il rend responsables de la destruction du pénis. L'enfant refuse d'étendre à toutes les femmes cette absence de pénis et l'enfant maintient pendant longtemps sa croyance en une mère phallique qui, idéalisée, ne serait pas tombée sous le coup de la castration. La mère garde pour l'enfant ce phallus imaginaire, apanage de la puissance adulte.



Stades psychosexuels: stade phallique

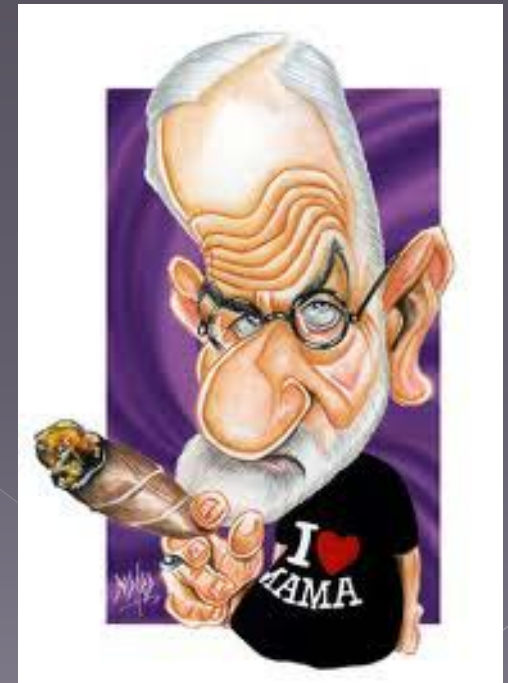
- L'enfant élabore des *théories infantiles de la fécondation* à l'aide d'éléments empruntés au stade oral et urétral: ainsi, l'enfant croit en une fécondation orale par le baiser ou l'enfant croit que les enfants naissent par l'anus. Cette *conception de la naissance anale reflète les fantasmes du stade anal*. L'enfant développe une *conception sadique du coït* où la relation sexuelle adulte est interprétée comme une relation sadique où le plus fort impose sa volonté au plus faible.

Stades psychosexuels: stade phallique

● **Le conflit œdipien**

Le complexe d'Oedipe (entre 3 et 5 ans) pour les psychanalystes freudiens joue un rôle «d'organisateur central dans la structuration de la personnalité».

La façon dont le sujet traverse le complexe d'Oedipe influence son organisation psychique ultérieure sur le continuum de la santé mentale ou de l'organisation psychique névrotique. Dans les organisations psychiques psychotiques, les fixations prégénitales dominant et le conflit œdipien n'a pas été véritablement élaboré. Le conflit œdipien est sexuellement spécifié et s'inscrit dans une problématique entre trois personnages: l'enfant, la mère et le père. Au cours du stade phallique, une nouvelle relation débute pour l'enfant qui, de duelle devient triangulaire. C'est le fameux triangle œdipien qui inaugure une véritable génitalisation de la libido.



Stades psychosexuels: stade phallique



- L'enfant manifeste un attachement pour sa mère comme objet sexuel, et une identification à son père, qu'il considère comme un modèle à imiter. Ces deux sentiments coexistent pendant quelque temps. Mais le petit garçon se rend compte que le père lui barre le chemin vers la mère. L'identification avec le père se teinte d'hostilité et le désir de remplacer le père, auprès de la mère, apparaît. L'identification avec le père devient ambivalente. Le complexe d'Oedipe du petit garçon se manifeste par un désir haineux d'éliminer le père qui est son rival, et un désir amoureux de s'unir sexuellement avec la mère.

Stades psychosexuels: stade phallique



- Le complexe d'Oedipe succombe devant la *barrière de l'inceste* et sous l'effet du complexe de castration.
- Le complexe d'Oedipe de la petite fille se manifeste par un désir haineux d'éliminer la mère et un désir amoureux de s'unir sexuellement au père pour avoir un enfant de lui. Chez la petite fille, le complexe de castration prépare le complexe d'Oedipe au lieu de le détruire comme chez le garçon.

Stades psychosexuels: période de latence

- Période de latence : *de six ans à l'apparition des premiers signes pubertaires*
- La période de latence constitue un entracte entre la sexualité infantile et l'organisation génitale adulte. L'enfant renonce à ses exigences œdipiennes et les sentiments se transforment en tendresse. L'enfant se tourne vers le monde extrafamilial.

Stades psychosexuels: période de latence

- La période de latence est une période où n'intervient aucune organisation nouvelle de la sexualité. Cette période se caractérise par l'intérêt porté par l'enfant au monde extérieur. Elle se singularise par le développement de formations réactionnelles comme la honte, la pudeur, le dégoût. Elle peut être le point de départ de nombreuses névroses dues à des difficultés rencontrées par l'enfant dans la liquidation du complexe d'Oedipe.

Stades psychosexuels: phase génitale



- **La puberté et la phase génitale: 11-16 ans**
- Cette période se caractérise par une maturation biologique des organes génitaux et correspond à une réactivation du stade phallique et des désirs correspondants: le refoulé œdipien fait «bruyamment» retour et vient troubler le jeune qui sort d'une période de tranquillité pendant la latence. L'adolescent dispose d'un corps capable de satisfaire tout ce qui avait été refoulé. La virulence des révoltes des adolescents répond à la réactivation œdipienne et à la flambée pubertaire. L'évolution libidinale se caractérise à l'adolescence par l'abandon des objets d'amour parentaux et le choix de nouveaux objets libidinaux.

Difficultés du développement: fixation et régression

- Des difficultés peuvent perturber le développement de l'enfant et des points de *fixation ou des régressions vers des modes antérieurs de l'activité libidinale* peuvent se produire. La fixation libidinale et la régression jouent un rôle prévalent dans l'étiologie des troubles psychiques.

Difficultés du développement: fixation et régression

- – La *fixation* désigne le fait que la libido reste organisée selon la structuration caractéristique d'un stade. La fixation se définit par la persistance de certains caractères anachroniques de la sexualité. Tout être humain reste attaché à des modes de satisfaction, à des types d'objet ou à des types de relation plus ou moins archaïques. La fixation pathologique est l'exagération de ce processus normal.
- – La *régression* désigne un retour en arrière sur le *parcours du développement* psychique. Freud illustre le processus de régression à l'aide de la métaphore des villes de garnison où l'armée se replie après avoir perdu une bataille.

Mélanie Klein

- Son œuvre est centrée sur le monde fantasmatique de l'enfant (son imaginaire), sur la valeur structurante de l'image maternelle, et enfin sur la pathologie précoce de l'enfant.
- Elle utilise comme méthode la psychanalyse de l'enfant avec une technique inédite: le jeu. Par ce moyen, Mélanie Klein reconstitue le passé de l'enfant. Elle remanie complètement la théorie Freudienne.



Mélanie Klein

- Née à Vienne en 1882, elle est morte à Londres en 1960. Son père est médecin quand, à 45 ans, il divorce et épouse la future mère de Mélanie.
- Elle fera alors partie d'un foyer très modeste, petite dernière d'une famille de 4 enfants, tous très attachés à la culture juive. Son enfance est marquée par la mort de sa sœur Sidonie, de qui elle était très proche, mort survenue alors qu'elle-même avait 4 ans et demi.
- Quand elle a 19 ans, son frère meurt à son tour, des suites de maladie et de drogues: cela réveille en elle la dépression de son enfance. Elle se marie l'année d'après avec le meilleur ami de son frère: Arthur Klein. Enfin, sa mère meurt quand Mélanie a 32 ans. Elle s'est ainsi trouvée tout au long de sa vie dans une problématique de deuil
- Elle aura trois enfants: Mélita, Hans et Éric.

Mélanie Klein

- ◉ Elle lira son premier livre de psychiatrie à 32 ans: ce sera "*l'interprétation des rêves*" de Sigmund Freud
- ◉ Pour lutter contre sa propre dépression elle décide de faire une psychanalyse avec un très proche disciple de Freud: le psychanalyste hongrois Sándor Ferenczi (1873-1933). Ferenczi lui demande d'écrire quelque chose, et elle publie alors un petit article: "*Remarques sur le développement d'un petit enfant*".
- ◉ Elle divorce, puis entame une deuxième tranche d'analyse avec le psychiatre et psychanalyste allemand Karl Abraham (1877-1925), et finalement travaille avec lui. A la mort de celui-ci, elle est sollicitée à Londres par Ernest Jones (1879-1958). Au fur et à mesure de son travail de cure, elle remaniera la psychologie Freudienne. Et c'est par la pratique qu'elle mettra en place son propre système théorique.
- ◉ Par la suite, la Société Psychiatrique Britannique se séparera en 3 groupes: le groupe des Freudiens, le groupe des Kleiniens et les indépendants.

Mélanie Klein

- Elle partira de l'apport Freudien avec la théorie duelle des pulsions qu'elle remaniera complètement et qu'elle finira par re-élaborer. Elle va se centrer sur le développement affectif précoce de la première année du bébé et en distinguera l'oralité comme étant le moteur de son développement.
- Le fonctionnement de l'enfant est considéré comme normalement psychotique et la relation d'Objet s'établit selon la formule Freudienne: "*l'Objet naît dans la haine*".

Mélanie Klein

- ◎ **La notion de position** : une position est un mode d'être, une façon d'être qui n'est pas chronologiquement déterminée, contrairement aux stades.
- ◎ Les positions apparaissent très précocement dans le vécu de l'enfant, et réapparaissent tout au long de la vie (enfance, adolescence, vie adulte).
- ◎ **Mélanie Klein distingue 2 positions fondamentales:**
 - › la position schizo-paranoïde (ou persécutive),
 - › et la position dépressive.

Mélanie Klein

◎ Position schizo-paranoïde

- › Relation d'objet partielle (« bon objet » idéalisé et « mauvais objet » persécuteur)
- ›
 - > Mécanismes de défense préférentiels -. clivage de l'objet (avec les corollaires: idéalisation et angoisse paranoïde), déni (omnipotent, magique, tout-puissant), identification projective.
- ›
 - > Angoisse paranoïde avec risque, en cas de dépassement de la capacité du moi à la tolérer, de morcellement du moi (désintégration).

◎ Position dépressive

- › Relation d'objet total
- › Mécanismes de défense préférentiels : refoulement, sublimation, une fois la position dépressive suffisamment « résolue ».
- › Ambivalence, culpabilité
- › Angoisse dépressive qui surgit de l'ambivalence

Mélanie Klein

- **La position Schizo-paranoïde**

Le nourrisson est capable d'établir un premier mode de relation d'objets dit « partiel ». Le sein maternel, par exemple, est représenté de façon distincte comme sein nourricier (idéalisé, « bon objet ») et sein persécuteur (angoisse paranoïde, « mauvais objet ») quand il fait défaut.

- C'est le mécanisme de projection d'une pulsion agressive contre le mauvais objet qui suscite le fantasme de l'existence d'un agresseur (c'est en ce sens que la psychologie de l'individu est largement dominée par ses fantasmes, liés à l'énergie pulsionnelle).

Mélanie Klein

- Dès lors, le mécanisme de clivage protège le « bon objet » idéalisé des agressions du « mauvais objet ». Le déni permet aussi, de façon omnipotente, d'anéantir fantasmatiquement le persécuteur, luttant ainsi contre l'angoisse paranoïde.
- Pour Mélanie KLEIN, cette phase est porteuse de réalisations nécessaires : le clivage est la base de ce qui sera la faculté de discrimination, l'identification projective est une forme primitive de l'empathie (qui n'existe pas encore en tant que telle dans une relation à un objet partiel), l'idéalisation, sans être vraiment rationnelle, ajoute à la richesse de l'existence, dans la capacité d'aimer, les idéaux sociaux, politiques ou esthétiques.

Mélanie Klein

- **La position dépressive**

Dans la position dépressive se négocie un moment crucial de la vie psychique: la réduction du clivage entre le « bon » et le « mauvais » objet. Jusqu'à présent, le risque majeur est l'agression du Bon objet par le Mauvais et son anéantissement. En effet, le nourrisson tire une force (« toute-puissance ») de l'identification à ce « bon objet » intériorisé et le perdre remet en cause le support majeur du Moi. Moyennant des conditions de développement favorables, quand le Moi devient assez fort et que les pulsions agressives sont devenues moins menaçantes, le clivage devient moins indispensable.

- Le Bon et le Mauvais objet amorcent un mouvement d'intégration vers un objet « total », ni complètement bon, ni complètement mauvais : c'est l'accès à l'ambivalence.

Mélanie Klein

- Mais cette évolution ne se fait pas sans un renoncement: le deuil du Bon objet, idéalisé. Cette souffrance de perte, grâce au jeu des introjections, est attribuée en partie à la mère, donnant lieu à l'apparition de l'empathie véritable, pour un objet total.
- De même, le Surmoi primitif, tyrannique et persécuteur, de la position schizo-paranoïde perd de son aspect monstrueux, pour devenir plus souple. La douleur du deuil du Bon objet et les efforts faits pour le réparer sont à l'origine de la naissance de la créativité et de la sublimation (ce qui n'est pas sans rapport avec le lien fait par Mélanie KLEIN et d'autres auteurs entre l'agressivité primitive et l'apparition de la créativité artistique et autres formes « nobles » d'expression de l'humanité). Le sujet gagne aussi l'accès à la tristesse : le Moi ayant surmonté la perte de l'objet idéal, les pertes ultérieures auront plus de chances d'être négociées sans effondrement dépressif.

Mélanie Klein

- La notion de Surmoi précoce :
- le Surmoi n'est pas quelque chose d'Œdipien pour Mélanie Klein, ou du moins pas uniquement. Il se forme durant le stade oral par l'introjection à la fois de la mère nourricière (le sein) et du clivage en bon et mauvais Objet.
- C'est un Objet dangereux, persécuteur et extérieur dont le bébé doit se protéger. Le Surmoi archaïque, résultant de la pulsion de mort, est un persécuteur extérieur responsable de tout ce que l'enfant vit de désagréable;

Mélanie Klein

- La notion d'Oedipe précoce :
 - › l'Oedipe précoce débute dès la fin de la première année lors de la position dépressive centrale, position abordée avec les angoisses et les mécanismes de défense du stade oral. La première année a vu l'éveil des tendances Œdipiennes, avec désir d'introjection, d'incorporation de l'Objet libidinal (Objet de désir). La triangulation commence à partir du moment où il y a désir de tout Objet extérieur et interdit, sous forme d'angoisse de dévoration, qui punit.

Mélanie Klein

- Contre la dépression qui l'assaille, un mécanisme de défense restructurera l'Objet détruit: ce sera la "*réparation*" (le bébé acceptera la frustration, reconnaîtra à l'Objet plus de bénéfices que de torts).
- Des mécanismes comme la mémoire, la notion de symbole qui apparaissent permettent d'accéder à la réparation. Le Moi peut se permettre d'investir la pulsion libidinale sans être clivé, détruit. C'est à partir de là qu'il acceptera de ressentir de l'ambivalence.
- Notons que si cette position dépressive dure trop longtemps, ou est trop intense, il pourra y avoir un retour en arrière, une régression défensive à travers des défenses maniaques ("*je peux tout casser car je peux tout réparer*"). Il faut voir dans ces défenses maniaques un déni de la responsabilité de ses actes, une résurgence de la toute puissance. Ce retour en arrière évite l'angoisse dépressive intolérable.

Anna Freud

- ◉ Anna FREUD (1895-1982)
- ◉ Son œuvre est centrée sur l'application aux enfants de la psychanalyse, avec comme référence la théorie paternelle. Elle s'est attachée à appliquer la psychanalyse de manière pédagogique. Sa méthode est la cure analytique.
- ◉ Anna Freud est la dernière fille des 5 enfants de Sigmund Freud. Elle commence à travailler après la première guerre mondiale à Vienne en Autriche où elle participe au mouvement pédagogique et social avec la création de dispensaires, de crèches, la formation d'éducateurs... etc.
- ◉ En 1925 elle entre au comité de coordination et publie 2 ans plus tard "*l'introduction à la psychologie des enfants*". Ce sera le point de départ de la controverse avec Mélanie Klein.
- ◉ Elle émigre à Londres en 1938 où elle fonde une clinique de thérapie d'enfants. Elle reprend, au niveau de son œuvre, les concepts fondamentaux de son père mais en approfondira certains points qu'elle adaptera à l'enfant et à l'adolescent.



Anna Freud

- Anna Freud va classer les troubles chez l'enfant en prenant pour point de départ le déroulement "*normal*" (c'est à dire habituel) du processus de développement.
- Cette "*normalité*" est toujours ré-ajustable car elle ne prend de valeur que face à l'anormalité.
- Elle définit les concepts de normalité et d'anormalité, étudie les modes de régression, fait la distinction entre les troubles pathologiques transitoires et les troubles permanents car tout ce que l'enfant "*normal*" vit est pathologique, mais de manière transitoire.
- A partir de ces études, elle définit une ligne de développement et des profils de diagnostic. La conclusion de ce travail est que tout processus de développement contient en lui-même un potentiel de distorsion.

Anna Freud

- ◉ Au début, il y a une unité biologique dans le couple mère/enfant.
- ◉ Le narcissisme de la mère s'étend à l'enfant et celui-ci inclut la mère dans son propre narcissisme.
- ◉ Le principe de plaisir va représenter ce qui est asocial, inadapté, irresponsable alors que le principe de réalité sera essentiel à l'adaptation sociale, c'est à dire au développement d'attitudes conformes aux lois du clan.
- ◉ Le passage chez l'enfant du principe de plaisir au principe de réalité implique une tolérance croissante à la frustration des désirs, et une réduction de la quantité de satisfaction des désirs. Le développement de la fonction du Moi est la condition préalable à toute socialisation.
- ◉ Les mécanismes qui favorisent la socialisation sont l'imitation, l'identification et l'introjection.

Anna Freud

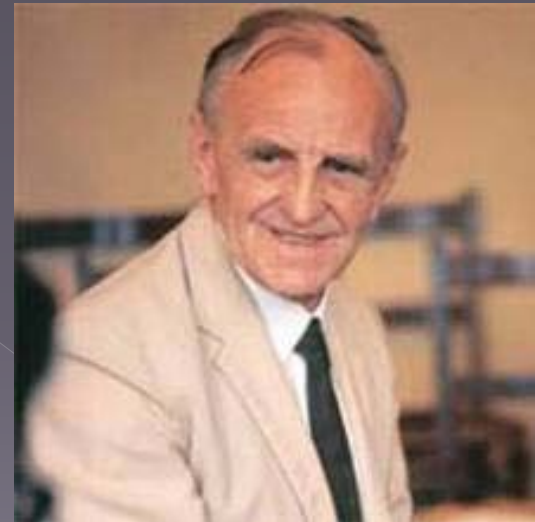
- Les mécanismes de défenses sont des mécanismes inconscients qui sont activés face une situation estimée comme trop angoissante par le psychisme et susceptible de faire effraction psychique. La perception de la réalité va se voir alors transformée par le truchement de ces mécanismes afin de la rendre plus supportable.

Anna Freud

- L'imitation : c'est le plus précoce et le plus primitif des mécanismes. Le nourrisson, en imitant les adultes, adopte le rôle des personnes admirées, puissantes qui contrôlent la satisfaction de ses besoins et de ses pulsions selon des règles mystérieuses étrangères à l'enfant. C'est en imitant les grandes personnes qu'il accèdera aux règles sociales.
- L'identification : c'est un mécanisme plus complexe et global. Il repose sur le désir qu'a l'enfant de s'approprier les aspects désirables de l'adulte en changeant l'image qu'il se fait de lui-même par rapport à l'image qu'il se fait de l'autre. Il est question ici des qualités psychiques qui sont prêtées à l'autre.
- L'introjection : ce mécanisme concerne surtout l'autorité parentale externe, et forme le Surmoi.
- Ces trois mécanismes sont en fait 3 parties d'un tout. Ils ne sont pas homogènes et Anna Freud mettra l'accent sur l'environnement, plus important en pathologie de l'enfant qu'en pathologie de l'adulte. Ainsi, la plupart des conflits de l'enfant sont des conflits d'adaptation.

Winnicott

- Son œuvre est centrée sur la nécessité, pour le développement, d'un environnement "*suffisamment bon*". Faute de cela, l'enfant se construira une personnalité d'emprunt. Pédiatre, Donald Woods Winnicott se mit secondairement à la psychanalyse.



Winnicott

- Né en Angleterre, à Plymouth en 1896, il meurt à Londres en 1971. Il vient d'un milieu très provincial. Son père était maire. Il a deux sœurs plus âgées que lui. Il dispose lors de son enfance de beaucoup d'espace et de tranquillité.
- Vers 16 ans, il a une vocation médicale. Il étudie la biologie à Cambridge, est chirurgien pendant la guerre puis achève ses études à Londres. On lui propose alors 2 postes de pédiatre dans 2 hôpitaux pour enfants. Dans l'un d'eux il assumera les consultations pour enfants et verra ainsi passer environ 60.000 cas.
- Son expérience de la pédiatrie et la lecture d'un livre de Sigmund Freud le font s'engager dans une longue analyse personnelle, de 30 à 40 ans. Il devient élève de Mélanie Klein. Il est opposé aux lobotomies, la grande découverte de la psychiatrie organiciste. Donald Woods Winnicott dit que chacun de nous a une tendance naturelle à la santé et est capable de trouver une issue personnelle à ses conflits.

Winnicott

- **La préoccupation maternelle primaire** : c'est l'état de la mère pendant la grossesse et quelques semaines après la naissance. La femme ne se souviendra pas de cet état.
- C'est l'équivalent d'un état de repli, de dissociation, de fugue vis à vis de la réalité et qui peut ressembler à un épisode schizoïde.
- C'est une sorte d'hyper sensibilité quasi pathologique. Une femme en bonne santé mentale et physique peut à la fois atteindre cet état et l'abandonner quelques semaines après la naissance de l'enfant. La préoccupation maternelle primaire fournit à l'enfant les conditions nécessaires à son développement. Il y a une sorte d'adéquation totale entre la mère et son bébé. Ce dernier n'éprouve aucun danger, aucune menace et peut s'investir lui-même sans problème.

Winnicott

- **Le holding** : l'enfant vit des choses bonnes ou mauvaises hors de sa portée et dont il n'est pas responsable. Il rassemble les facteurs externes dans le champ de la toute-puissance. Il donne une signification interne à ce qui est externe.
- Ce sont les soins maternels qui soutiennent son Moi, encore incapable de maîtriser les expériences, bonnes ou mauvaises.
- Le "*holding*", c'est l'environnement stable, ferme et capable de porter psychiquement et physiquement l'enfant. C'est quelque chose de naturel à la mère. Elle comprend spontanément et par empathie ce qu'il faut à l'enfant, ce qui est bon pour lui.
- C'est ainsi que Donald Winnicott peut dire que la plupart des mères sont suffisamment bonnes. La mère elle-même sait qu'elle n'est pas parfaite. Elle est capable d'assumer ses défaillances transitoires. En étant "*bonne*", elle entretient une "*illusion positive*" vis à vis de l'enfant qui croit créer lui-même la réalité extérieure. Il finira par prendre conscience de cela petit à petit. Cette illusion positive permet à l'enfant d'émerger de la fusion avec sa mère.

Winnicott

- ◉ **Winnicott distingue 3 étapes successives:**
- ◉ **Étape de dépendance absolue:** l'enfant n'est pas capable de reconnaître les soins maternels dans ce qu'ils ont de bon ou de mauvais. Il en tire profit ou en souffre, et là s'arrête sa participation. Ainsi on observera au niveau du langage, la mère qui s'exprime et fait les réponses à sa place. Dans le comportement alimentaire, quand l'enfant a faim, il pleure avec conviction parce qu'il est déstructuré;
- ◉ **Étape de dépendance relative:** l'enfant est capable de se rendre compte en détail des soins dont il a besoin. Il les relie à des impulsions personnelles. Il les repère, les juge en fonction de ses désirs et de leur adéquation. Il n'est pas encore capable de s'en passer. Ainsi, l'enfant pourra décrypter ce que dit la mère. Quand il a faim, il pleurera pour appeler;
- ◉ **Étape d'indépendance:** l'enfant peut se passer des soins, en emmagasinant des souvenirs. Il possède une certaine compréhension intellectuelle et une confiance en l'environnement. Il a introjecté les soins antérieurs et peut projeter ses besoins sur autre chose. Il est capable de différer. Ainsi il pourra répondre, prendre en charge le langage. Quand il a faim, il sait attendre un peu, et sait halluciner le biberon pour patienter.

Winnicott

- ◎ L'espace potentiel : pendant les premières semaines, l'enfant vit dans un état de toute-puissance magique (il a fabriqué le lait qu'il reçoit). Pour renoncer à cette omnipotence, et reconnaître l'existence de la réalité extérieure distincte, il va fabriquer, concevoir entre l'interne et l'externe une aire intermédiaire qui n'appartient ni à l'un ni à l'autre. C'est l'espace transitionnel, ou potentiel.

Winnicott

- **Une des manifestations de cet espace sera l'Objet transitionnel, dont on peut distinguer plusieurs caractéristiques:**
 - › c'est un objet matériel (et non un fantasme ou une hallucination), réconfortant pour l'enfant.
 - › Ce qui est transitionnel, ce n'est pas l'Objet lui-même mais son utilisation.
 - › Sa fonction est de représenter le passage entre la mère et l'environnement, de rétablir la continuité menacée par la séparation. C'est la première possession non-Moi de l'enfant.
 - › L'Objet transitionnel ne doit pas être changé par l'extérieur, et doit conserver une permanence.
 - › L'enfant a tous les droits sur l'Objet. Il l'aime passionnément, et en même temps le maltraite et le mutile. L'Objet survit à son agressivité
 - › Il sera délaissé quand l'enfant en aura progressivement retiré sa signification affective, l'Objet s'étant alors répandu sur tout le territoire intermédiaire qui sépare la réalité psychique intérieure du monde extérieur. C'est le territoire de la culture et de la communication du langage et du jeu, de l'art...
 - › L'aire transitionnelle est une zone entre le Moi et le non-Moi: l'Objet transitionnel permet le passage dans cette zone. Il est à la fois une projection narcissique et une relation objectale. L'enfant l'aime comme si c'était quelqu'un d'autre et comme si c'était lui.

Winnicott

- L'agressivité:
- il y a d'abord un stade théorique de non-inquiétude, de cruauté. L'enfant a un but et ne se soucie pas des conséquences. Il ne se rend pas compte que ce qu'il détruit, c'est la même chose que ce qu'il estime (clivage du comportement). L'agressivité fait partie de l'amour. L'amour va jusqu'à une attaque imaginaire (du corps de la mère, de l'extérieur, de soi).
- L'enfant n'est pas responsable de ses actes car il ne sait pas qu'il en est responsable.
- Ce stade de cruauté doit être vécu pleinement: s'il n'existe pas, ou s'il disparaît trop tôt, s'ensuit une absence de capacité d'aimer, une absence d'aptitude à établir des relations objectales. Il faut en effet que cette non-inquiétude soit vécue pleinement pour que le sujet puisse la dépasser.

Winnicott

- **Arrive alors le stade du souci, de l'inquiétude, où l'intégration du Moi est suffisante.**
- L'enfant peut désormais se rendre compte, se soucier des résultats de son agressivité physique ou psychique. Il est capable de se sentir coupable, de ressentir du chagrin. Un enfant en bonne santé peut supporter cette culpabilité, et donc se supporter comme coupable et agressif. Il devient alors capable de découvrir son propre besoin de donner, son propre besoin de construire et de réparer.
- Une grande partie de l'agressivité donne naissance aux fonctions sociales.
- La frustration agit comme une échappatoire à la culpabilité et engendre des mécanismes de défense, comme par exemple le clivage où il y a diminution de la culpabilité et renforcement de la haine et de l'agressivité. Cette agressivité est un élément nécessaire au développement.
- L'Objet interne ne doit pas seulement être gratifiant, il doit aussi être persécutant pour favoriser un potentiel réactionnel.

Winnicott

- **Notion de self** : la mère assume un rôle de représentation continue du monde. Elle est suffisamment bonne et entretient l'illusion positive.
- Elle permet à l'enfant de se forger un vrai self, c'est à dire de passer de la non-intégration primaire, archaïque, à l'intégration, au "je".
- Le vrai self permis par l'environnement, c'est, au stade le plus primitif, le geste spontané, l'idée personnelle. C'est lui qui crée l'espace potentiel, l'Objet transitionnel. Seul le vrai self peut être créateur, et peut être ressenti comme réel. Il est lié à l'idée de processus primaire (condensation, déplacement... processus inconscients) et devient une réalité vivante par la réussite répétée du geste spontané, de la pensée personnelle du nourrisson, ainsi que par l'adaptation de sa mère. L'enfant voit que c'est accepté par l'extérieur. C'est le noyau de ce qu'il est vraiment, des éléments personnels et spontanés, auxquels on adapte les événements extérieurs.

Winnicott

- ⦿ Lorsque l'environnement ne s'adapte pas au self, ou lorsque l'enfant ne transforme pas l'environnement suffisamment bon en environnement parfait, il se soumet aux exigences de cet environnement par peur de la désintégration.
- ⦿ Il développe **un faux self**, une personnalité d'emprunt qui pourra être très bien adaptée à la société, très performante mais qui laissera toujours au sujet un sentiment d'inutilité, de vide, de néant, de futilité de l'existence.
- ⦿ Le monde devient alors fallacieux, falsifié, il n'existe pas vraiment.
- ⦿ Le faux self donne l'impression à la personne de jouer un rôle, de dissimuler, de faire "*comme si*". Le vrai self n'a alors plus droit à l'existence, et autour de lui se forge un masque qui tente de le protéger. Plutôt que d'intégrer les données extérieures à son self, le sujet en viendra à transformer son self en fonction de l'environnement. Il apprend les choses mais ne les habite pas. La réaction pourra aller jusqu'au repli autistique.

- Film

- Tétine, pouce, doudou, essentiels pour les tout-petits

René Spitz

- Son œuvre est centrée sur les relations objectales et leur genèse: comment se constituent l'Objet et le Moi, ainsi que sur la pathologie de ces relations objectales, séquelles des carences affectives. Sa référence est Sigmund Freud et ses théories psychanalytiques.
- La méthode de René Arpad Spitz est l'observation directe du nouveau-né en situation, avec et sans sa mère..
- Docteur en médecine, né à Vienne en 1887 et analysé par Sigmund Freud en 1910, René Arpad Spitz a beaucoup travaillé avec Anna Freud. Émigré aux États-Unis, il est mort à Denver dans le Colorado en 1974. A fait des études psychosomatiques sur des nourrissons, sur une réorganisation des crèches et des hôpitaux et est à l'origine de l'hospitalisation conjointe mère/enfant.
- Il réfute aussi la thèse de la "*relation objectale précoce*" (opposition à Mélanie Klein) et décrit le psychisme du nourrisson de manière très simple. Il se réfère constamment au concept freudien de base.
- René Arpad Spitz étudiera enfin l'organisation du Moi de l'enfant la genèse des relations objectales ainsi que celle de l'angoisse.



René Spitz

- Sa méthode

- En elle-même originale, sa méthode utilisera la psychologie américaine du comportement ("*Béhaviorisme*") avec l'observation directe, l'utilisation de documents cinématographiques, la modification en temps réel des conditions de l'expérimentation, l'utilisation des statistiques et enfin le travail psychanalytique. La psychanalyse servira alors à reconstruire les données de l'observation directe.

René Spitz

- René Spitz décrit une genèse de la relation objectale en faisant appel à un concept emprunté à l'embryologie: "*l'organisateur*". L'organisateur est le point vers lequel les lignes du développement convergent pour conclure un stade, une période. Il y aura ainsi 3 organisateurs, concluant 3 stades:
 - › La réponse par le sourire au visage humain de face et en mouvement. C'est la conclusion du stade "*anobjectal*" (sans objet). Avec le sourire s'élabore la primauté de la perception externe (3 mois);
 - › L'angoisse du 8^{ème} mois: c'est la conclusion du stade "*préobjectal*", avec reconnaissance de Soi et de l'autre. L'Objet est constitué et identifié, ainsi que le Moi;
 - › Surgissement du "*Non*", geste et mot associés. C'est l'accession à la communication sémantique qui conclut le "*stade objectal*". La relation à l'Objet ne changera plus.
- Toutes ces manifestations sont repérables corporellement, et correspondent à un moment particulier du développement du système nerveux. Il y a à ce point convergence entre le biologique et le psychique.

René Spitz

◎ Organisation du Moi

- › Le nourrisson ne possède pas de Moi car il ne peut pas manipuler tous les stimuli qu'il reçoit. Il en est protégé par un seuil perceptif très élevé. Les noyaux du Moi vont se constituer autour du comportement du nourrissage et des conduites alimentaires. A 3 mois, ces noyaux constituent un Moi rudimentaire. La mère joue le rôle d'un Moi extérieur et l'enfant s'en détache vers 9 mois. Le Moi devient vraiment autonome à 15 mois.
- ◎ La façon dont se structure le Moi dépend des expériences et de la manière dont il maîtrise ces dernières par son Moi corporel.

René Spitz

◎ Notion de l'angoisse

- › L'apparition de l'angoisse se fait en 3 étapes.
 - La tension. C'est le prototype physiologique de l'angoisse;
 - Les réactions d'évitement et de fuite. Elles se produiront face à certaines situations déplaisantes, avec par exemple le détournement du regard;
 - L'angoisse du 8^{ème} mois. C'est la manifestation physique d'un conflit psychique entre les instances psychiques du Ça et du Moi, entre le désir et la réalité. L'angoisse naît de l'imminence de la perte de l'Objet.

René Spitz

- **Définition de l'hospitalisme** : c'est l'ensemble des perturbations somatiques et psychiques graves consécutives à une carence affective totale et de longue durée. C'est le cas des enfants hospitalisés qui sont séparés de leur mère. René Arpad Spitz a observé 170 enfants, dont 34 avaient été totalement privés de soutien maternel ou substitutif. Les plus vulnérables sont les nourrissons entre 6 et 12 mois, dont l'évolution suivra le tableau suivant:
- le premier mois de séparation, l'enfant va se mettre à pleurer sans raison, sera triste, s'accrochant à tout adulte de l'entourage, recherchant le contact;
- au deuxième mois de séparation, il y a arrêt de développement, perte de poids, et tristesse. L'enfant cherche le contact mais sans véhémence;
- au troisième mois, il y a un refus du contact. L'enfant reste couché à plat-ventre sur le lit, a des troubles du sommeil (insomnies), refuse la nourriture, attrape facilement des maladies, et demeure anxieux et indifférent. Le retard psychomoteur se généralise;

René Spitz

- Après trois mois de séparation, le visage se fige, le regard est absent. Il n'y a plus de pleurs ni de sourires, plus de crise.
- On observera quelques gémissements plaintifs, des mouvements bizarres des doigts, des stéréotypies, et une mauvaise coordination oculaire.
- Le développement mental et physique est entravé mais la guérison sera rapide si l'enfant retrouve sa mère ou un substitut avant la fin du quatrième, voire du cinquième mois. On note qu'après 3 mois de séparation, le tableau que présente l'enfant est proche de la dépression anaclitique.
- L'hospitalisme correspond à des désordres psychosomatiques par déficience des relations mère/enfant au niveau quantitatif. Quand la privation affective est partielle, la maladie est la dépression anaclitique. Quand la privation affective est complète, on a affaire au "*marasme*".

René Spitz

◎ La pathologie psychosomatique

- › C'est l'étude des désordres psychosomatiques et psychotoxiques. Cela traite de la qualité des interactions mère/enfant.
- › En général, l'agressivité de la mère sera annulée dès l'apparition des symptômes psychosomatiques chez son enfant. L'agressivité sera déplacée sur le médecin, ou sur l'équipe soignante.

René Spitz

- De l'attitude maternelle . . . ○ à la réaction infantile.
- Rejet primaire manifeste . . . → Comas du nouveau-né.
- Indulgence excessive et anxieuse → Coliques du 3^{ème} mois.
- Hostilité déguisée en anxiété . . . → Eczéma infantile.
- Oscillation entre hostilité et cajolerie . . . → Hyper mobilité, balancements.
- Sautes d'humeur cycliques . . . → Jeux fécaux.
- Hostilité consciemment compensée . . . → Hyperthymie agressive (humeur massacrate).

René Spitz

- ⦿ Ce sont des éléments de repère qui peuvent se combiner entre eux ou se combiner avec d'autres symptômes, comme l'asthme, les vomissements, la douleur... etc.
- ⦿ D'une manière générale, qu'il soit enfant ou adulte le patient psychosomatique cherchera à prouver à l'entourage qu'il est en position d'échec.
- ⦿ L'entourage ne pourra alors pas exprimer son agressivité à l'encontre d'une "*victime*", et la retournera contre soi ou contre un tiers.

René Spitz

- Conséquences théoriques de ses travaux
- Les recherches de René Spitz sur le nourrisson et la mise en évidence d'un attachement très profond à la mère ont apporté la preuve que l'Objet libidinal se constituait très tôt chez l'être humain. Cela a autorisé certains auteurs dans les années 1950 à écrire une théorie de l'attachement privilégiant l'existence d'un besoin biologique fondamental, c'est à dire ne dépendant d'aucun autre.

● **Film**

● **Hospitalisme**

Jacques Lacan

- Médecin, psychiatre et psychanalyste français, Jacques Lacan est né à Paris le 13 avril 1901. Il y meurt le 10 Septembre 1981.
- Fait des études de médecine à Paris, puis de psychiatrie. En 1932, il soutient sa thèse: "*de la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*" qu'il dédie à son frère Marc François, bénédictin. En 1933, Lacan rédige "*motifs du crime paranoïaque: le crime des sœurs Papin*". En 1934, Jacques Lacan adhère à la Société Psychanalytique de Paris (la S.P.P.), fondée le 4 novembre 1926.
- Lacan est devenu psychanalyste à trente-cinq ans. Sa vie fut liée à celle de la psychanalyse en France ainsi qu'aux nombreuses scissions du mouvement psychanalytique, dont il fut souvent l'artisan.
- Il œuvra aussi pour un 'retour à Freud.



Jacques Lacan

- Langage et inconscient sont intimement liés: Jacques Lacan utilisera dans toutes ses conférences et dans tous ses écrits un langage très proche de la langue de l'inconscient. Car ce qui caractérise l'être humain est bien le fait qu'il parle: "*l'homme est un parlêtre*". L'inconscient est structuré comme un langage, avec sa syntaxe, ses lois et ses caractéristiques propres.

Jacques Lacan

- En relisant la théorie freudienne à travers le filtre de la linguistique, Lacan lui permet d'atteindre un nouveau palier. Il traduit en termes linguistiques plusieurs concepts freudiens, comme par exemple le complexe d'Œdipe qu'il aborde dans le 'Nom du Père'.
 - Il observe à cette occasion et chez certaines personnes, la "*forclusion du nom du père* », c'est à dire la mise à l'écart du symbolique, puis la tentative d'un retour par l'extérieur, sous la forme d'un délire.

Jacques Lacan

- Pour Lacan, l'enfant ne peut acquérir le langage et le "je" qu'en accédant au symbolique.
- Un enfant de 6 à 8 mois qui, se regardant dans un miroir, est nommé par sa mère ("*c'est toi, là!*"), prendra conscience de l'unité, de la totalité de ce corps qui est le sien. Il s'y reconnaît alors comme entier, différent de sa mère, et s'identifie à ce reflet de lui-même.
- C'est là que Lacan situe le "*stade du miroir*" pour l'enfant. De fragmentaire et partielle, l'image qu'il commence à construire de son corps devient totale, globale.
- Apparaît alors le risque de s'aliéner à (et dans) cette image aimée de la mère. Ce qui lui permettra de mettre une distance entre lui et son image, ce sera précisément le langage. Le langage dont est issue cette langue maternelle qui le nomme et le différencie. En acquérant le langage et une image corporelle unie et distincte, l'enfant progresse dans son autonomie.

Jacques Lacan

- Mais en même temps qu'il s'approprie le langage, il se coupe de son vécu, de sa vérité intimement ressentie. Il s'enferme dans cette langue qui ne pourra jamais que le représenter.
- Pour approcher plus près d'une vérité sur lui-même qu'il ressent sans pouvoir y mettre de mots, l'enfant cherchera dorénavant à s'identifier à l'image de l'Autre, et d'abord ce premier autre qu'est la mère. Dans ce contexte, l'image paternelle idéalisée prend sens dans le désir unissant le père et la mère. L'enfant, dans sa rivalité avec le père, va devoir prendre place dans le discours désirant qui unit père et mère. Pour s'inscrire dans le désir de la mère, il va petit à petit s'identifier à cette figure paternelle dont le père est le représentant.
- Si auparavant l'enfant s'identifiait aux autres directement par projection, il s'identifiera désormais à l'image que les autres ont de lui. Et s'il identifiait les autres à lui (par introjection), il identifiera dorénavant les autres à l'image qu'ils ont d'eux-mêmes.

- Film

- L'expérience de la tache sur la joue

Françoise Dolto



- Née le 6 novembre 1908 à Paris et morte le 25 août 1988 dans sa ville natale
- Est une pédiatre et psychanalyste française qui s'est largement consacrée à la psychanalyse de l'enfance dont elle est une figure emblématique en France.
- Elle est réputée pour l'efficacité de son travail de clinicienne, mais aussi reconnue pour son travail théorique, notamment sur l'image du corps.
- Elle a œuvré à la vulgarisation de ces connaissances, notamment au travers d'une émission de radio, ce qui a contribué à la faire connaître au grand public.

Françoise Dolto

- Dans l'ouvrage *L'image inconsciente du corps*, Françoise Dolto explique sa conception de la construction primordiale d'un être humain.
- Pour elle, le sujet existe avant même sa conception, dans le désir parental et survit à la mort dans le souvenir et la parole de ceux auprès desquels il occupe une place et donc une fonction symbolique.
- Chez Françoise Dolto, c'est un peu comme si le sujet prenait corps durant la grossesse et les premières années de la vie. Mais attention, ces premières années de vie sont fondatrices mais non déterministes. Tout ne se joue pas durant la grossesse, ni avant trois ou six ans.

Françoise Dolto

- Françoise Dolto nous fait découvrir les « étapes archaïques » du développement de l'enfant dans la relation et l'importance de la relation affective nouée à la relation langagière. Le corps et le psychisme de l'enfant sont indifférenciés. Il parle avec son corps et ses problèmes : les troubles de l'alimentation, du transit intestinal ou du sommeil... représentent autant de paroles masquées ou de questions de l'enfant.

Françoise Dolto

- Son second grand apport théorique considère l'enfant, quel que soit son âge, comme un être de langage. Françoise Dolto a mis en évidence l'importance de la parole dans l'inconscient structurant l'enfant dès le début de la vie. La parole qui lui est adressée l'humanise. Il comprend ce qui lui est dit avec vérité et implication sur sa généalogie, son appartenance à un genre, les événements clé de l'histoire familiale, l'histoire sue et ignorée de sa famille.

Françoise Dolto

- Pour Dolto, nombre de souffrances du petit d'homme trouvent leurs origines dans l'ignorance ou la négation qu'il est d'emblée un sujet et dans ce que ceci suppose en matière d'accueil et d'accompagnement des tout-petits aussi bien de la part de leurs parents que de la collectivité où ils naissent.
- Etre de désirs et de paroles, l'enfant est en effet toujours l'enfant de quelques uns, présents et absents, vivants ou morts; quelques-uns également êtres de paroles et de non-dits, inscrits comme lui dans leur sexe et dans l'ordre des générations. C'est à ce titre qu'ils se doivent (et lui doivent) de le reconnaître et de l'accueillir en tant qu'être singulier dans son groupe d'appartenance...

Françoise Dolto

- Dolto conserve toutefois une vision idéalisée du développement de l'enfant dans son lien avec autrui, comprenant l'idée d'un aboutissement "sain" de la crise œdipienne vers une harmonie relationnelle dont on sait ce qu'elle peut avoir d'illusoire et de leurrante.
- La visée d'une telle évolution est, pour elle, la «*promotion humanisante*», «*la fécondité future en tant qu'individus*».
- Dans cette perspective les castrations qu'elle dit *symboligènes*, *sont non seulement initiatrice(s) à la vie sociale*» mais également *garantes d'une évolution saine et harmonieuse*.
- Il est clair que cette vision normative, dans le sens d'une loi qui permet de vivre avec autrui, est tout à fait spécifique à F. Dolto car même Freud n'a jamais formulé de façon aussi radicale le sens du concept de castration.

Jean Bergeret



- **Jean Bergeret** est un médecin et psychanalyste français né à Oullins le 13 août 1923. Il fut membre de la résistance intérieure française.
- Il soutient sa thèse en 1948 et se spécialise en pédiatrie. Il sort découragé d'une période d'internat en psychiatrie imposée en période de guerre. Au Maroc, il rencontre René Laforgue qui l'initie à la psychanalyse à laquelle il consacrera la suite de sa carrière. Il reprend sa formation en psychiatrie, puis fait une thèse en sciences humaines sur le normal et le pathologique, sous la direction de Didier Anzieu. Il s'installe à Lyon où il participe à la fondation du groupe lyonnais de la Société psychanalytique de Paris (SPP) et devient professeur en psychologie clinique.

Jean Bergeret

◎ Violence et évolution affective humaine

- › La violence est universelle car présente chez chaque individu: il s'agit d'une composante instinctuelle innée destinée à être intégrée progressivement dans d'autres finalités humaines au cours de l'enfance et de l'adolescence pour que l'adulte accède à un libre et à un efficient exercice de ses capacités amoureuses et créatrices.
- › Mais tous les sujets ne parviennent pas au même degrés d'intégration de leur violence naturelle primitive.

Jean Bergeret

- Etymologiquement le terme de violence ne connote aucune intention agressive. Il s'agit d'un radical grec et latin qui signifie désir de vivre. La violence en soi ne comporte aucune volonté de nuire: il ne faut pas confondre la violence naturelle universelle nécessaire à la survie de l'individu, avec la haine ou l'agressivité qui apparaissent chez l'humain de façon plus tardive au cours des différentes étapes tendant à constituer une personnalité spécifique à chaque être humain.

Jean Bergeret

- Contrairement à la haine, la violence se présente comme une réaction élémentaire et brutale : les caractéristiques propres de l'objet ne jouent pas tellement; il s'agit simplement pour le sujet de se sentir menacé par un objet extérieur plus ou moins précis et menacé de façon essentielle et vitale.
- Seul l'intérêt immédiat et global du sujet compte; le sort de l'objet ne préoccupe pas le sujet;

Jean Bergeret

- La violence est une réaction de défense déployée sans joie ni culpabilité.
- A contrario l'agressivité apporte au sujet des satisfactions de nature érotique retirées du fait de voir souffrir un objet avec lequel sont entretenus des liens extrêmement ambivalents, où se mêlent une bonne part d'attaque de l'objet et de plaisir à attaquer le lien érotique qui relie le sujet à l'objet. L'agressivité peut être considérée comme une activité mentale assez élaborée alors que la violence fondamentale demeure une simple réaction automatique très primitive destinée à diminuer une angoisse de destruction.
- « *La violence demeure une pure protection d'un sujet en voie d'autonomisation, c'est à dire de constituer un "soi" primitif qui pourra par la suite devenir progressivement un "moi" au sens classique du terme* » Bergeret

Jean Bergeret

- L'agressivité nécessite au moins un degré d'intégration de la dynamique sexuelle et l'accession à l'ambivalence affective; la violence demeure fixée aux positions préambivalentes qui caractérisent les premiers moments de vie de l'enfant, dès la vie fœtale et cette violence fondamentale va perdurer dans les premières relations mère-enfant.

Jean Bergeret

- Les relations affectives du nouveau-né avec ses deux parents ne comportent ni sentiment d'amour, ni sentiment de haine, tout se réduisant à une violence radicale réglée par la loi du "Moi ou l'autre". En revanche l'interaction constante et progressive de l'imaginaire de l'individu avec les imaginaires de son entourage conduit, à travers toutes les crises marquant l'enfance et l'adolescence, à la structure mentale ambivalente qui caractérise le psychisme de l'adulte. La place essentielle qu'occupe la violence fondamentale dans la structuration de la personnalité apparait ainsi à double titre : d'un part, comme composante primaire des instincts de conservation d'autre part, comme support à l'étayage de la pulsion libidinale étayage qui débouche sur la créativité.

Jean Bergeret

- Dans cette conception, la violence fondamentale s'intègre secondairement à la problématique libidinale. Une bonne intégration au sein du courant génital ouvre l'accès aux investissements d'objets extérieurs, aux capacités créatrices. L'échec de la structuration Œdipienne conduit au contraire au maintien dans l'arbitraire du désir de l'autre. C'est ce qui, dans la théorie psychanalytique, distingue en partie la structure psychotique de la structure névrotique.

Jean Bergeret

- Pour J. Bergeret, les violences, ou exactions violentes, résulteraient donc de la non-intégration de la violence fondamentale. Il précise que "cette intégration n'est jamais complète, parfaite et définitive. [...] on peut voir la violence primitive réapparaître, à l'échelon individuel ou collectif, à l'occasion de conflits économiques ou sociaux, de guerres, de révolutions, où la problématique fondamentale se trouve clairement ravivée : eux ou moi?"

Jean Bergeret

- Les actes de violence, dans cette acception, témoigneraient d'une résurgence de peurs archaïques, et constitueraient une défense en réponse à une menace de destruction de son être.

Pour approfondir

- Dayan J., Psychopathologie de la périnatalité, Masson, Paris, 1999
- Golse B., La développement affectif et intellectuel de l'enfant. Masson, Paris 2008.
- Guédenay A., Guédenay N, L'attachement: approche théorique. Masson .Paris, 2010
- Winnicott DW, La mère suffisamment bonne, Petite Bibliothèque Payot, Paris 2006.